

Revue générale

Dépistage du syndrome d'apnées du sommeil par le cardiologue : de la théorie à la pratique

RÉSUMÉ : Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est extrêmement fréquent chez nos patients vus en consultation. Passer à côté du diagnostic peut avoir des conséquences lourdes alors même que les symptômes sont assez simples à repérer et que la polygraphie du sommeil est un moyen fiable de faire le diagnostic.

Le traitement par pression positive continue (PPC) est bien toléré à condition de consacrer un temps suffisant aux explications initiales et à la correction des phénomènes bénins d'intolérance.

Bien que les données disponibles sur la prise en charge du SAOS – à part dans l'HTA – peinent à entrer dans le cadre de l'*evidence-based medicine*, les nombreux registres et cohortes vont tous dans le sens d'une prise en charge, ne serait-ce que pour l'amélioration franche de qualité de vie apportée par la PPC.



M. MARAZANOF
Cabinet de Cardiologie, PESSAC.

Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) est devenu ces dernières années un sujet incontournable pour le cardiologue. Cette mise au point est à visée très pratique pour nos consultations tout venant. Elle traitera uniquement des apnées obstructives du sommeil (SAOS), laissant volontairement de côté le SAS central auquel le cardiologue est confronté essentiellement dans l'insuffisance cardiaque et dont la prise en charge reste problématique suite à l'échec des essais thérapeutiques avec la ventilation auto-asservie (SERVE-HF).

lations de patients vus en consultation, la fréquence explose : 20 à 70 % de nos patients avec un problème de fibrillation atriale (FA), 40 % des hypertensions artérielles (HTA) et 80 % des HTA résistantes, 31 à 60 % des pathologies coronariennes, 57 à 75 % des accidents ischémiques transitoires (AIT) et AVC, 50 % des diabétiques de type 2, 50 à 80 % des obèses, 69 % des insuffisances cardiaques à fonction systolique préservée et 50 % des insuffisances cardiaques tout venant. Enfin, 10 % des SAOS ont une hypertension artérielle pulmonaire et on a aussi pu noter une augmentation de diamètre de l'aorte thoracique [1, 2].

Quelles sont vos chances de découvrir un syndrome d'apnées du sommeil ?

En population générale, 14 % des hommes et 5 % des femmes ont un index d'apnée/hypopnée (IAH) > 5. À la soixantaine, cela représente 1 homme sur 4 et 1 femme sur 8. Mais dans nos popu-

Quelle perte de chance pour le patient si vous ne faites pas le diagnostic ?

Le SAS est associé à une augmentation des pathologies coronariennes, des AVC, des morts subites, des troubles du

Revue générale

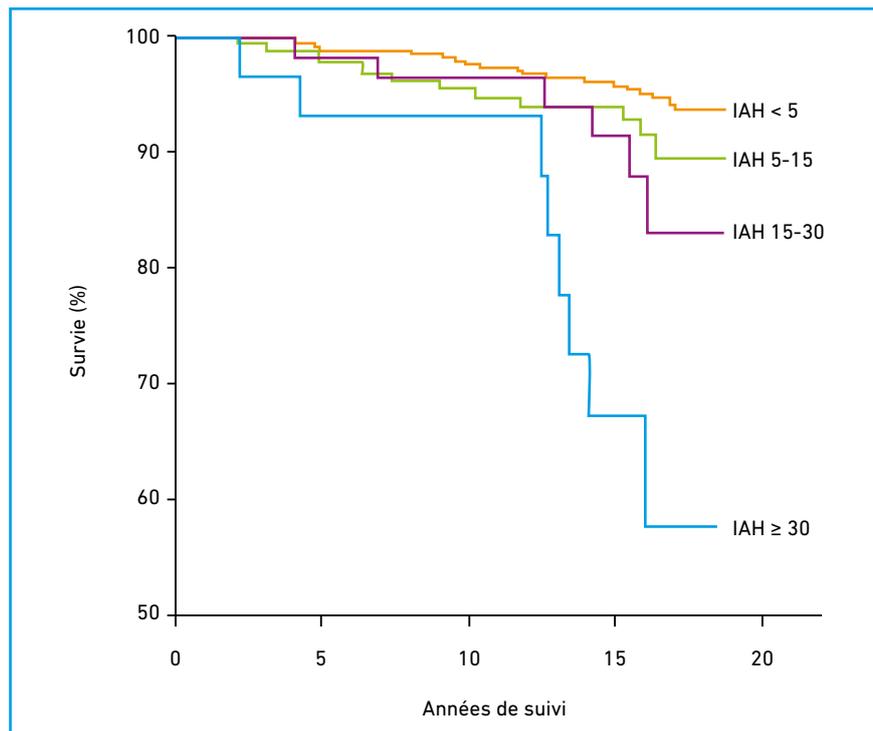


Fig. 1 : Mortalité liée au SAS (Wisconsin cohort study).

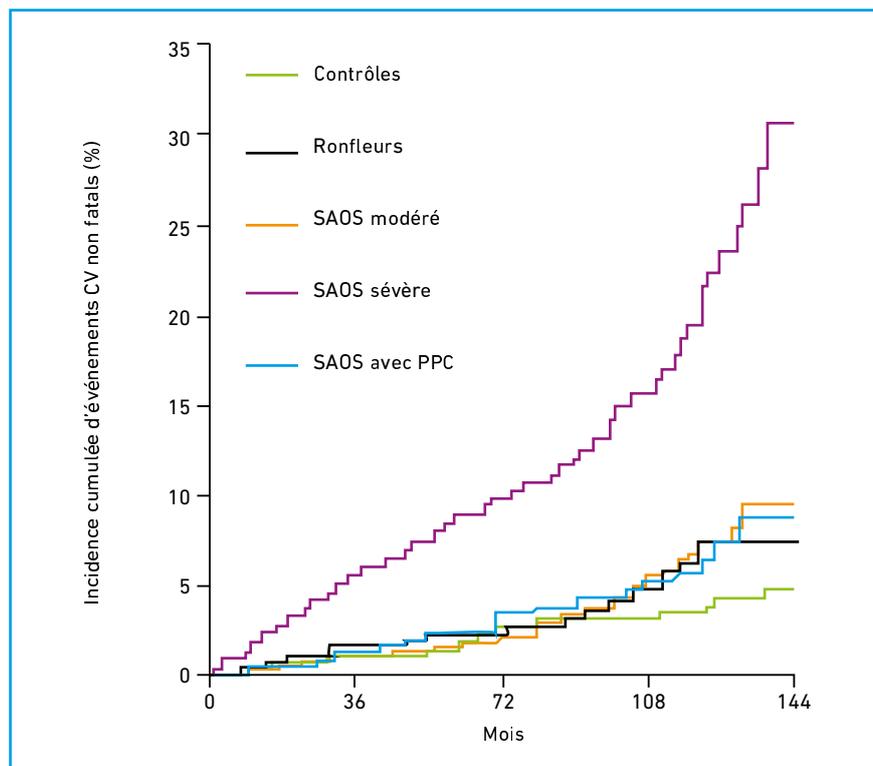


Fig. 2 : Morbidité liée au SAS avec et sans appareillage.

rythme auriculaire et ventriculaire, et de l'HTA [2].

La mortalité d'origine cardiovasculaire (fig. 1) du syndrome d'apnées du sommeil sévère (IAH > 30/h) est de 18 % à 12 ans [3] en l'absence de traitement efficace, soit un RR à 2,87/sujet sain (IC95 % : 1,17-7,51).

La morbidité d'origine cardiovasculaire (fig. 2) du syndrome d'apnées du sommeil sévère (IAH > 30/h) est de 30 % à 12 ans [4, 5] en l'absence de traitement efficace, soit un RR à 3,17/sujet sain (IC95 % : 1,12-7,51).

Dépistage du SAS : êtes-vous dans les recommandations ?

Les recommandations ESC incluent la recherche d'un SAOS pour les facteurs de risque (2016), l'HTA (2018), la FA (2020), soit la grande majorité de nos patients.

Comment allez-vous dépister ?

1. La clinique : quel questionnaire utiliser ?

>>> Évaluer la somnolence

L'échelle d'Epworth est une échelle de somnolence diurne pour l'apnéique. Pourtant, 50 % des apnéiques sévères ne sont pas somnolents et les patients du cardiologue le sont souvent assez peu (très faible sensibilité, 27-72 % selon les populations) mais cette étape est obligatoire et médico-légale compte tenu du risque d'accident.

>>> Évaluer les symptômes

De multiples questionnaires ont été évalués : Berlin, STOP-BANG... Globalement, ils ont une bonne sensibilité (70-90 %) mais des spécificités souvent faibles (voisines de 30 %). Par ailleurs, attention à la présentation cli-

Revue générale

nique chez les femmes pour lesquelles la fatigue, les insomnies, les céphalées et la tendance dépressive sont souvent au premier plan avec moins de ronflements, d'apnées décrites par l'entourage ou de somnolence que pour les hommes [6].

Quoiqu'il en soit, compte tenu de la fréquence des troubles respiratoires du sommeil, une consultation cardiologique devrait aujourd'hui au minimum poser la question de la qualité de sommeil et de la fatigue diurne.

2. Quels examens complémentaires ?

Selon les recommandations SFRMS 2010/American Academy of sleep medicine [7], la polysomnographie est la référence mais, compte tenu d'un accès limité, la simple polygraphie est

acceptée avec une bonne sensibilité (80 %). Toutefois, il ne faudra jamais hésiter à passer à la polysomnographie si la polygraphie est négative chez un patient symptomatique [8], car elle peut sous-estimer l'IAH et ne permet pas d'enregistrer les micro-éveils. La polygraphie ventilatoire doit être accompagnée d'un questionnaire d'appréciation subjective de la qualité du sommeil et le tracé doit durer au moins 6 heures (fig. 3).

3. Peut-on se fier à l'interprétation automatique de la machine ?

On serait tenté de se fier à des algorithmes de lecture automatique qui, globalement, donnent d'assez bons résultats, mais la réponse est clairement non car il y a un risque de sous-estima-

tion, de faux négatifs et les logiciels n'ont pas été suffisamment évalués. Il faudra en particulier vérifier le nombre d'heures d'enregistrement, supprimer les phases d'éveil, les phases de signal non interprétable, chiffrer l'importance des désaturations et redresser les faux diagnostics de SAS central.

Quel traitement proposer ?

En première intention, c'est l'appareillage nocturne par pression positive continue (PPC). En cas d'échec ou d'intolérance, on pourra proposer une orthèse d'avancée mandibulaire [9]. Ces prescriptions passent par une demande d'entente préalable à remplir par le médecin prescripteur qui sera transmise à la Sécurité sociale. En France, l'IAH doit

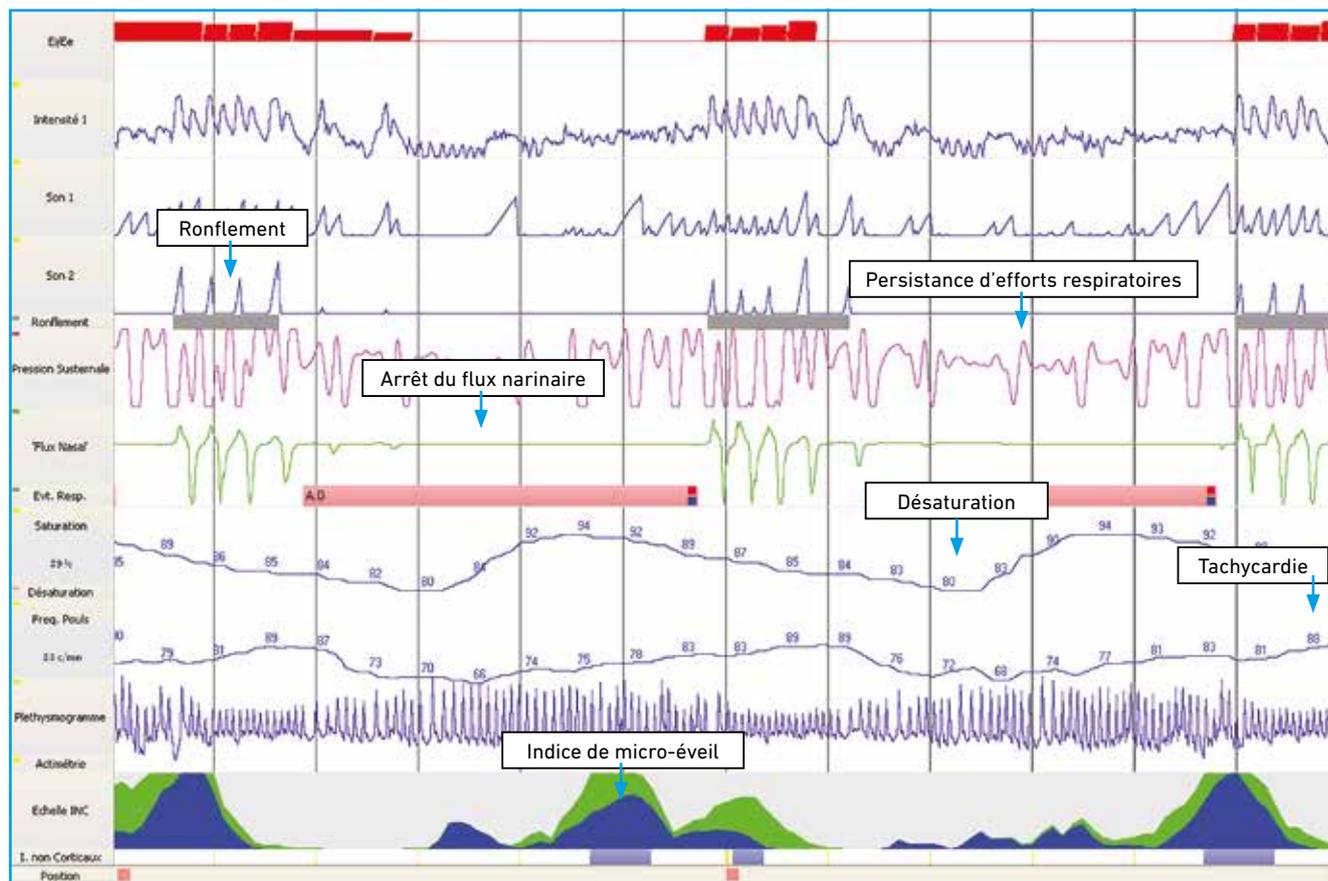


Fig. 3 : Tracé de polygraphie. Définition de l'apnée obstructive : arrêt du flux nasaire de plus de 10 secondes avec persistance des efforts respiratoires. En cas d'apnée centrale, les mouvements thoraco-abdominaux disparaissent. Hypopnée : baisse du flux nasaire > 50 % ou < 50 % mais avec désaturation > 3 %, ou micro-éveil (uniquement en polysomnographie).

POINTS FORTS

- Au même titre que les facteurs de risque classiques, une consultation de cardiologie ne devrait plus faire l'impasse sur la recherche d'un SAS à l'interrogatoire.
- La somnolence, bien que peu fréquente chez le patient cardiologique, doit systématiquement être recherchée en raison du risque d'accident de la route.
- Pour les conducteurs professionnels, le test de maintien de l'éveil est obligatoire.
- La tolérance de la PPC est bonne sous condition d'une prise en charge optimisée lors du diagnostic et sur les premiers mois.

être ≥ 30 /h mais accepté jusqu'à 15 en cas de comorbidités cardiovasculaires.

Il faut systématiquement s'attacher à la reprise de l'activité physique et à la perte de poids [2, 10]. On peut en attendre une baisse de l'IAH de 6/h.

Lorsque le SAS est positionnel – le plus souvent en décubitus dorsal – on pourra proposer des mesures positionnelles (artisanales avec édredon ou balle de tennis cousue dans le dos d'un T-shirt ou par un dispositif conçu spécialement type PASULDO).

Comment faire adhérer le patient à son traitement par PPC ?

1. Première étape : l'adhésion initiale

Les principaux indicateurs de l'observance à 1 an sont l'adhésion initiale, l'efficacité sur l'amélioration des symptômes, la sévérité du SAS initial, la bonne compréhension des risques liés à la pathologie. D'où l'importance majeure de la consultation initiale d'explication avec le cardiologue et de l'intervention du prestataire dans le 1^{er} mois avec des passages multiples pour la titration. Cela explique aussi les difficultés de traitement chez des patients peu symptomatiques et l'absence

d'indication pour les patients asymptomatiques dans les recommandations. À l'inverse, plus de 80 % des patients symptomatiques sont adhérents à 1 an [11, 12].

2. Seconde étape : la consultation du 4^e mois

Cette étape correspond au premier renouvellement de la prise en charge par la Sécurité sociale. Elle permet de vérifier l'efficacité et en particulier que l'observance est à l'objectif (> 4 h/j, sur 70 % des jours), que les apnées ont disparu et que les symptômes se sont améliorés. Il faudra traquer les effets indésirables les plus fréquents et faciles à corriger :

- en cas de bouche sèche ou de rhinorrhée, mettre en place un humidificateur et/ou un circuit chauffant ;
- en cas de respiration buccale, passer au masque facial ;
- en cas de fuites, si besoin changer le masque ;
- en cas d'éruclations ou de flatulences, diminuer les pressions d'insufflation.

Permis de conduire : votre responsabilité est engagée

En cas de somnolence, vous êtes tenus (décret au *Journal officiel* de décembre 2015) :

- pour les véhicules légers de déconseiller la conduite automobile en attendant de vérifier sa disparition dans le 1^{er} mois d'appareillage des apnées ;
- pour les poids lourds et les professionnels de la route la même règle s'applique mais il faut y ajouter l'obligation d'un test de maintien de l'éveil (réalisé dans les centres du sommeil), obligatoire avant la reprise du travail.

Quels patients adresser à des confrères d'autres spécialités ?

1. ORL

Tous les SAOS doivent avoir un examen au moins succinct des voies aériennes supérieures. Celui-ci devra être réalisé par un ORL en cas d'obstruction nasale, de suspicion de problème amygdalien ou si on envisage une orthèse d'avancée mandibulaire (dans ce cas, la prise en charge est fréquemment assurée par le dentiste).

2. Pneumologue

- En cas de suspicion de BPCO (*Overlap syndrome*), les explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) sont alors nécessaires car le mode de titration et de ventilation va être différent (pas d'auto-piloté).
- Sur un terrain d'insuffisance respiratoire, il faudra traquer l'hypoxie : une oxygénothérapie associée peut être nécessaire.
- Chez l'obèse, il importe de traquer l'hypercapnie de l'hypoventilation alvéolaire ($\text{PaO}_2 < 70$, $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg).

3. Centre du sommeil

Il convient d'adresser le patient à un centre du sommeil lorsqu'une polysomnographie est nécessaire (symptômes typiques mais polygraphie négative), en cas d'insomnie associée, si un test de maintien de l'éveil doit être réalisé ou

I Revues générales

un test itératif de latence à l'endormissement (qui mesure la somnolence).

Avez-vous des arguments forts en faveur du traitement des apnées ?

C'est dans l'HTA que le niveau de preuve est le plus fort avec une réduction de 2-3 mmHg, voire de 5 à 7 mmHg dans l'HTA résistante. Ce résultat, certes modeste, doit à long terme permettre une réduction du risque d'AVC et de pathologie cardiovasculaire de 4 à 8 % [13].

Le niveau de preuve est moins fort (manque d'essais randomisés mais qui sont difficiles à réaliser car excluant en général les SAS les plus sévères pour des raisons éthiques évidentes) pour les autres pathologies liées au SAS mais de nombreuses données plaident en faveur de l'appareillage (études observationnelles, registres). Toutefois, dans un certain nombre d'essais randomisés, l'efficacité semble démontrée si l'observance de la CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) est de plus de 4 h [2, 5, 14].

Enfin, chez les patients symptomatiques l'amélioration de la qualité de vie est franche (état général, humeur, baisse des arrêts de travail) dans la grande majorité des cas [15], ce qui est particulièrement gratifiant pour le cardiologue non interventionnel qui, pour une fois, peut voir rapidement l'effet de sa prise en charge !

Conclusion

Compte tenu de la fréquence et des conséquences cardiovasculaires multi-

ples, le cardiologue devrait aujourd'hui intégrer le dépistage des apnées du sommeil dans sa pratique quotidienne même s'il ne prend pas en charge leur exploration ni leur traitement.

BIBLIOGRAPHIE

1. LINZ D, Mc EVOY RD, COWIE MR *et al.* Associations of Obstructive Sleep Apnea With Atrial Fibrillation and Continuous Positive Airway Pressure Treatment: A Review. *JAMA Cardiol*, 2018;3:532-540.
2. JAVAHERI S, BARBE F, CAMPOS-RODRIGUEZ *et al.* Sleep apnea : types, mechanisms, and clinical cardiovascular consequences. *J Am Coll Cardiol*, 2017; 69:841-858.
3. YOUNG T, FINN L, PEPPARD PL *et al.* Sleep disordered breathing and mortality: eighteen-year follow-up of the Wisconsin sleep cohort. *Sleep*, 2008;31: 1071-1078.
4. BARBE F, DURAN-CANTOLLA J, SANCHEZ-DE-LA-TORRE M *et al.* Effect of continuous positive airway pressure on the incidence of hypertension and cardiovascular events in nonsleepy patients with obstructive sleep apnea: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2012;307:2161-2168.
5. McEVOY RD, ANTIC NA, HEELEY E *et al.* CPAP for Prevention of Cardiovascular Events in Obstructive Sleep Apnea (SAVE). *New Engl J Med*, 2016;375: 919-931.
6. PATAKA A, KOTULAS S, KALAMARAS G *et al.* Gender Differences in Obstructive Sleep Apnea: The Value of Sleep Questionnaires with a Separate Analysis of Cardiovascular Patients. *J Clin Med*, 2020;9:130.
7. KAPUR VK, AUCKLEY DH, CHOWDHURI *et al.* Clinical Practice Guideline for Diagnostic Testing for Adult Obstructive Sleep Apnea: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med*, 2017;13:479-504.
8. GOTTLIEB DJ, PUNJABI NM. Diagnosis and Management of Obstructive Sleep Apnea: A Review. *JAMA*, 2020;323: 1389-1400.
9. DE VRIES GE, HOEKEMA A, VERMEULEN KM *et al.* Clinical- and Cost-Effectiveness of a Mandibular Advancement Device Versus Continuous Positive Airway Pressure in Moderate Obstructive Sleep Apnea. *J Clin Sleep Med*, 2019;15:1477-1485.
10. GOTTLIEB DJ, PUNJABI NM. Diagnosis and management of obstructive sleep apnea: a review. *JAMA*, 2020;323:1389-1400.
11. CHAI-COETZER CL, ANTIC NA, ROWLAND LS *et al.* Primary care vs specialist sleep center management of obstructive sleep apnea and daytime sleepiness and quality of life: a randomized trial. *JAMA*, 2013;309:997-1004.
12. PATIL SP, AYAPPA IA, CAPLES SM *et al.* Treatment of adult obstructive Sleep apnea with positive airway pressure: an American academy of sleep medicine clinical practice guidelines. *J Clin Sleep Med*, 2019;15:335-343.
13. SCHEIN AS, KERKHOFF AC, CORONEL CC *et al.* Continuous positive airway pressure reduces blood pressure in patients with obstructive sleep apnea; a systematic review and meta-analysis with 1000 patients. *J Hypertens*, 2014;2014;32:1762-1773.
14. DRAGER LF, McEVOY RD, BARBE F *et al.* Sleep apnea and cardiovascular disease: lessons from recent trials and Need for team science. *Circulation*, 2017;136:1840-1850.
15. LEWIS EF, WANG R, PUNJABI N *et al.* Impact of positive airway pressure and oxygen on health status in patients with coronary heart disease, cardiovascular risk factors, and obstructive sleep apnea: a HEARTBEAT analysis. *Am Heart J*, 2017;189:59-67.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.